



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CATHERINE AUDY-DUBÉ

LE TDAH, L'IMPULSIVITÉ ET LES COMPORTEMENTS VIOLENTS CHEZ LES
HOMMES INCARCÉRÉS

JANVIER 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigée par :

Gilles Côté, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Gilles Côté, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Frédéric Dionne, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Mélanie Lapalme, Ph.D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

Cet essai vise à analyser la contribution du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) en lien avec les comportements violents. Ces comportements violents sont évalués grâce à une mesure auto-rapportée auprès de 563 hommes incarcérés en pénitencier fédéral. Pour évaluer le TDAH auprès des détenus, le Conners' Adult ADHD rating scale (CAARS) est utilisé. Par ailleurs, pour les aspects d'impulsivité, le Barratt Impulsiveness Scale version II (BIS) est utilisé. Cette échelle évalue l'impulsivité de façon continue. En plus du TDAH, l'impulsivité est un facteur commun au trouble de la personnalité antisociale et au trouble des conduites. Ces deux derniers troubles sont évalués à l'aide du SCID-II; ils sont associés aux comportements violents. L'hypothèse que le TDAH cerne une composante spécifique de l'impulsivité est vérifiée à l'aide d'une régression logistique. Cette méthode permet de contrôler les variables d'impulsivité, le trouble de la personnalité antisociale et le trouble des conduites pour évaluer la contribution du TDAH quant à l'occurrence du comportement violent. Plus précisément, il est question de vérifier s'il existe une contribution spécifique et directe du TDAH pour prédire la fréquence des comportements violents hétéro-agressifs. Les analyses ont permis d'identifier une tendance du TDAH à prédire de nombreux comportements violents sévères. Toutefois, le trouble de la personnalité antisociale et l'âge possèdent la plus grande contribution à la prédiction des comportements violents. Les limites de l'étude, notamment au niveau des analyses utilisées et du cadre empirique choisi, sont présentées. Conséquemment, des pistes de recherche sont proposées afin d'améliorer la compréhension du lien entre le TDAH,

l'impulsivité et les comportements violents. Un cadre de recherche holistique au sein duquel les analyses sont orientées vers l'analyse des profils de sous-groupes de l'échantillon permettrait de poser un éclairage nouveau sur les processus sous-jacents aux comportements violents.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	4
TDAH.....	5
TDAH chez l'adulte	7
Étiologie du TDAH.....	8
TDAH auprès d'une population judiciarisée	9
L'impulsivité comme facteur important dans la compréhension et la gestion du risque de comportements violents.....	11
Définition de l'impulsivité selon Barratt et ses collaborateurs.....	13
Mesure de l'impulsivité dans la PCL-R.....	14
Théorie de Gottfredson et de Hirschi.....	15
Approche de Webster et de ses collaborateurs	16
Troubles de la personnalité associés aux comportements violents	22
Trouble des conduites avant l'âge adulte.....	22
Trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte	27
TDAH et comportement violent	30
Méthode.....	34
Participants.....	35
Procédure d'évaluation	36

Instruments.....	36
Le Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)	36
La Barratt Impulsivity Scale version II (BIS-II).....	37
Le Connors' Adult ADHD Rating Scales (CAARS).....	38
MacArthur Community Violence Instrument (MacCVI)	38
Analyses statistiques	40
Résultats	42
Analyses descriptives.....	43
Matrice d'intercorrélations.....	44
Régressions logistiques polytomiques	45
Comportements agressifs non sévères	45
Comportements agressifs sévères	46
Discussion	50
Forces et limites de l'étude	57
Perspectives futures.....	59
Conclusion.....	62
Références	65

Liste des tableaux

Tableau

1	Tableau d'intercorrélations (coefficients <i>Phi</i>) entre les variables	44
2	Régression logistique polytomique pour les comportements agressifs non sévères	46
3	Régression logistique polytomique pour les comportements agressifs sévères, incluant le TDAH	48
4	Régression logistique polytomique pour les comportements agressifs sévères excluant le TDAH.....	49

Remerciements

L'auteur désire exprimer de sincères remerciements à son directeur de recherche, Monsieur Gilles Côté, Ph.D, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son appui dans la réalisation de cet essai doctoral. Ceux-ci s'adressent également aux professeurs qui ont accepté de joindre le jury d'évaluation de cet essai. L'auteur souhaite également ajouter que ce travail de recherche a constitué un défi important dans le cadre de la réalisation de son doctorat en psychologie clinique; les apprentissages faits, tant d'un point de vue professionnel que personnel, sont significatifs. En terminant, l'auteur tient aussi à remercier sa mère pour sa relecture du texte à la recherche de coquilles syntaxiques et grammaticales.

Introduction

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) fait l'objet de nombreuses recherches depuis les dernières décennies. Jusqu'à récemment, les chercheurs s'intéressaient presque exclusivement au TDAH chez l'enfant. Maintenant, le TDAH est connu comme un trouble du développement persistant sur toute la durée de vie. Depuis les dernières années, certaines études décrivent l'évolution de la symptomatologie, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Or, le cours du développement du trouble est hétérogène; il résulte notamment de troubles concomitants variés. En effet, certains diagnostics tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs, le trouble de la personnalité limite, le trouble de l'opposition, le trouble d'utilisation de substances psychoactives, le trouble des conduites et le trouble de la personnalité antisociale sont fréquemment retrouvés chez un individu présentant un TDAH (American Psychiatric Association (APA, 2015). Cela laisse place à des distinctions quant à certains groupes de la population : selon les caractéristiques personnelles, les facteurs sociaux, familiaux et environnementaux, la trajectoire de vie des individus atteint d'un TDAH sera nettement différente. La présence de troubles souvent associés à une trajectoire délinquante est fréquente chez des individus présentant un TDAH, surtout lorsque le trouble comprend les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité.

Dans le cadre de cette recherche, l'intérêt est porté vers l'implication du TDAH dans le lien qui existe entre la présence d'impulsivité depuis l'enfance chez des hommes incarcérés et les comportements violents qu'ils ont manifestés.

Ainsi, afin de vérifier la contribution du TDAH au regard des comportements violents, il est nécessaire de s'intéresser aux troubles fréquemment associés à la fois à la violence et à l'impulsivité, notamment le trouble des conduites avant l'âge adulte et le trouble de la personnalité antisociale chez l'adulte (Cumyn, French, & Hechtman, 2009; Loeber, 1990; Lynam, Miller, Vachon, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2009; Mathieu & Côté, 2009; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmiz, & Swann, 2001; Sobanski et al., 2007).

Contexte théorique

Ce chapitre présente les perspectives théoriques et empiriques relatives au TDAH, à l'impulsivité ainsi qu'aux troubles souvent associés à la fois au TDAH et aux comportements violents, soit le trouble des conduites et le trouble de la personnalité antisociale.

TDAH

Le TDAH est défini dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) comme étant « un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire » (APA, 2015, p. 60). Il peut y avoir une prédominance de l'inattention, de l'hyperactivité, de l'impulsivité ou des deux, ce qui, dans ce dernier cas, correspond au type mixte du TDAH. La plupart (70%) des personnes atteintes présentent le type mixte avec le trio distraction-agitation-impulsivité. Il s'agit d'un problème neurologique habituellement diagnostiqué dans la première enfance ou au début de l'âge scolaire. Actuellement, il n'y a pas de consensus quant à l'aspect neurologique du trouble. Les auteurs s'entendent toutefois sur la nature développementale du TDAH.

Chez les enfants québécois d'âge scolaire, la prévalence du TDAH se situe entre 3% et 5% (Guay, Lageix, & Parent, 2010). Le sous-type hyperactif est neuf fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Le trouble persiste à l'adolescence; il est observé chez 5% à 8% des adolescents (APA, 2015).

Les déficits attentionnels des jeunes manifestant un TDAH sont décrits par Barkley (1997a) comme étant le résultat du déficit des fonctions exécutives particulièrement au niveau de l'organisation, de la planification et de l'inhibition de la réponse. Au cours des dernières décennies, il y a eu plusieurs études portant sur les performances à divers types d'épreuves neuropsychologiques des jeunes présentant un TDAH. Les résultats de ces études suggèrent que le déficit au niveau de l'inhibition de la réponse motrice et automatisée (contrôle de l'interférence) serait central dans le TDAH. Ce déficit se traduit par une difficulté à inhiber la première réponse ou la réaction, afin de fournir un moment pour réfléchir à une meilleure action ou à une réponse adéquate. L'inhibition sous-tend à la fois la capacité à contrôler ses impulsions, une propension à faire preuve d'attitudes prosociales et conciliantes envers les autres, ainsi qu'à la capacité à respecter les normes sociales, à planifier et à organiser (Barkley, 1997a; Schachar, Mota, Logan, Tannock, & Klim, 2000). Enfin, Barkley soutient que le TDAH résulte d'une immaturité dans les mécanismes permettant de gérer l'inhibition comportementale. Par exemple, un enfant de sept ans manifesterait des comportements plus appropriés chez un enfant de quatre ans. Ce retard diminue avec la maturation du cerveau, mais une immaturité persisterait chez une grande proportion d'adultes atteint d'un TDAH.

TDAH chez l'adulte

Le TDAH chez l'adulte est de plus en plus étudié, mais il demeure difficile à définir. Dans le DSM-5 sont décrits les symptômes comportementaux et cognitifs généralement observés chez l'enfant de 6 à 12 ans (APA, 2015; Guay et al., 2010). Il s'agit toutefois d'un trouble développemental chronique, pour lequel 50% à 70% des enfants présenteront encore des manifestations à l'âge adulte. Le TDAH représente environ 4% de la population générale adulte (Barkley, Fisher, Smallish, & Fletcher, 2002; Resnick, 2005; Wender, Wolf, & Wassertsetin, 2001).

Chez l'adulte, la symptomatologie apparaît moins spectaculaire que chez l'enfant, puisque l'agitation motrice diminue et l'individu peut utiliser des techniques compensatoires pour atténuer ses problèmes d'impulsivité et d'inattention. Ces stratégies ne sont toutefois pas toujours efficaces (Wender et al., 2001). Les symptômes d'agitation retrouvés chez l'enfant peuvent, chez l'adulte, se transformer en un sentiment subjectif d'agitation ou en une difficulté à rester en place (Guay et al., 2010).

Conséquemment, les symptômes du TDAH chez l'adulte peuvent passer inaperçus, ou encore, ne pas être pris au sérieux. Or, la distraction et l'impulsivité, caractéristiques du TDAH chez l'adulte, entraînent une souffrance psychologique importante; elles ont des implications sérieuses sur le fonctionnement occupationnel, personnel et social des adultes. En effet, les adultes atteints du trouble ont généralement un plus faible niveau d'éducation, un statut d'emploi inférieur marqué d'une instabilité sur le plan

professionnel (fréquence élevée de mises à pied ou départs soudains), des difficultés sur le plan conjugal (taux de divorce plus élevé) et sont plus à risque d'être impliqués dans de graves accidents de la route (Barkley, 1997a; Faraone, Biederman, Feighner, & Monuteaux, 2000; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, & Lapadula, 1993).

Quant à lui, Brown (2000) suggère que la gestion de la frustration et la modulation de l'émotion (faible seuil de frustration, tendance à s'enflammer facilement), ainsi que la gestion et l'autorégulation des actions (difficultés à gérer et modifier les actions pour convenir aux situations), seraient particulièrement problématiques chez l'adulte présentant un TDAH.

Enfin, la compréhension de ce trouble dépend de la combinaison des caractéristiques qui le composent, notamment du déficit de l'inhibition, de la faible maîtrise de soi, de l'immaturité affective et de sa chronicité. Dans la section suivante, l'exploration des origines du trouble permet de mettre en lumière une autre caractéristique spécifique au TDAH, soit la composante héréditaire du trouble.

Étiologie du TDAH

Bien que son origine soit multifactorielle et que son étiologie ne soit pas déterminée avec certitude, le TDAH est l'un des troubles les plus reconnus susceptibles d'avoir une base biologique. En effet, les résultats d'une méta-analyse de 70 études, incluant notamment des études sur les jumeaux, permettent de conclure que la composante

héréditaire explique largement l'apparition du trouble, qu'elle est d'ailleurs le prédicteur le plus important du TDAH (Smith, Barkley, & Shapiro, 2006; Lecomte & Poissant, 2006). Conséquemment, les résultats des études sur les jumeaux indiquent que les facteurs génétiques contribuent en moyenne à 72,6% de la variance du TDAH tandis que les autres facteurs, incluant l'environnement, ne contribueraient qu'à seulement 24,2% de la variance (Barkley, 1997a; Lecomte & Poissant). Toutefois, les facteurs environnementaux peuvent exacerber ou maintenir les symptômes du TDAH chez l'enfant ainsi que les facteurs de risque de développement de troubles associés, notamment du trouble des conduites (Smith et al., 2006). L'importance de l'hérédité dans le TDAH est une caractéristique spécifique et apporte une distinction par rapport aux autres troubles psychiatriques inclus dans les analyses. En effet, selon Lecomte et Poissant, le facteur biologique explique un plus faible pourcentage de la variance pour les troubles de consommation incluant l'abus et la dépendance à l'alcool, le trouble de la personnalité antisociale, les troubles bipolaires, les troubles anxieux, le trouble des conduites et le trouble de l'opposition.

TDAH auprès d'une population judiciarisée

Usher, Stewart, Wilton et Malek ont réalisé, en 2010, une étude sur le TDAH auprès d'une population judiciarisée du Service correctionnel Canada. L'objectif de l'étude était de dresser un profil des délinquants souffrant de TDAH. Cette étude menée auprès de 497 détenus a permis d'établir que 16,5% d'entre eux obtiennent un score élevé à la version intégrale de l'Échelle d'auto-évaluation du TDAH chez l'adulte (ASRS), résultat

fortement corrélé avec les seuils cliniques du diagnostic du trouble. Une proportion de 25% des détenus obtient un score modéré à l'ASRS. Même avec ce score modéré, ces hommes sont 1,8 fois plus à risque d'être confrontés à des placements en isolement et à des accusations d'infractions disciplinaires (manquements aux règles de la sécurité; actes violents ou préjudiciables) que les détenus présentant un score faible ou nul à l'ASRS (Usher et al., 2010). Les résultats obtenus dans l'étude de Usher et ses collaborateurs indiquent également une difficulté au niveau de la remise en liberté chez ces détenus. Les délinquants étaient réincarcérés plus souvent et dans un délai plus court que ceux qui ne manifestaient pas le trouble. Le TDAH chez les hommes incarcérés génère donc des défis sur le plan de la gestion des comportements impulsifs et agressifs. Il devient important de s'intéresser à la contribution de ce trouble et au rôle de l'impulsivité dans la prédiction du comportement violent.

Les résultats de la méta-analyse de Young, Moss, Sedgwick, Fridman et Hodgkins (2015) indiquent, suite à une évaluation du TDAH par entrevue, le même taux de prévalence (25%), chez un échantillon d'adultes incarcérés. Ce taux est dix fois supérieur à celui retrouvé au sein de la population générale. Cet écart est encore plus élevé lorsqu'il est question de la prévalence en centres de détention juvénile. Par ailleurs, Young et ses collaborateurs précisent que les études utilisant un diagnostic rétrospectif du TDAH, basé sur des outils de dépistage diagnostique, surestiment la prévalence du trouble chez les hommes incarcérés.

De plus, les comorbidités sont fréquentes chez les détenus ayant un TDAH. En effet, Young et ses collaborateurs (2015) avancent que les détenus atteints du trouble sont davantage à risque de présenter un trouble des conduites et un trouble de la personnalité, en plus du trouble d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives (SPA), facteurs nettement associés aux comportements délinquants.

L'impulsivité comme facteur important dans la compréhension et la gestion du risque de comportements violents

Pour certains individus, le comportement antisocial commence tôt dans la vie et, pour une partie d'entre eux, il va se poursuivre jusqu'à l'âge adulte. L'impulsivité pourrait constituer une caractéristique des adolescents qui manifestent des conduites délinquantes et pour qui celles-ci se poursuivent au-delà de l'âge de la majorité.

Fréchette et Le Blanc (1979), dans leur étude effectuée auprès de la population générale québécoise, démontrent que ce ne sont pas tous les adolescents qui maintiennent des comportements antisociaux à l'âge adulte. Dans leur échantillon d'adolescents non judiciairisés, 2,4% ont été condamnés une fois adulte pour une infraction violente (viol, voie de fait, homicide, vol à main armée) par rapport à 34,9% des adolescents judiciairisés. En effet, selon l'intensité (sporadique, explosive, persistante intermédiaire, persistante grave) de l'engagement dans la délinquance juvénile, les pourcentages passent de 21 à 46% quant à la prévalence de la criminalité adulte violente (Fréchette & Le Blanc, 1979). De tels résultats permettent de penser qu'il existe différents portraits des individus qui commettent des actes de violence et ce, à partir de

l'enfance et de l'adolescence. Toutefois, il ne s'agit pas de tirer des conclusions linéaires, mais bien de comprendre que, pour Fréchette et Le Blanc, il y a un agencement de plusieurs caractéristiques de la délinquance de l'adolescent qui s'emboîtent et demeurent associées de façon récurrente jusqu'à l'âge adulte; ces caractéristiques permettent de dégager une compréhension de la dynamique de la criminalité adulte (Fréchette & Le Blanc, 1979).

Dès lors, puisque ce ne sont pas tous les adolescents qui maintiennent des comportements antisociaux à l'âge adulte, quels adolescents poursuivent de tels comportements ? L'impulsivité pourrait-elle constituer une des caractéristiques évoquées par Fréchette et Le Blanc (1979)? Pour répondre à cette question, il est essentiel de s'intéresser au concept de l'impulsivité.

Plusieurs auteurs suggèrent que l'impulsivité est un symptôme associé au TDAH, observé chez l'individu tout au long de sa vie et fréquemment associé aux comportements délinquants (Carroll et al., 2006; Murray & Farrington, 2010; Romero, Luengo, & Sobral, 2001). De plus, même si l'impulsivité n'est pas en soi un trouble mental, elle est largement reconnue dans la littérature scientifique comme un facteur lié aux comportements violents (Dassylva, 2012). L'impulsivité est perçue par plusieurs auteurs comme un trait stable chez l'individu et peut être observée quel que soit son diagnostic (Barratt, 1994; Barratt & Slaughter, 1998; Hare, 1991; 2003; Moeller et al., 2001; Webster & Jackson, 1997; Whiteside & Lynam, 2001). Aussi, l'impulsivité, en

interaction avec les troubles mentaux, peut permettre de distinguer des sous-groupes particuliers d'individus qui posent, notamment, des gestes violents. Bien qu'il n'existe pas de définition uniforme de l'impulsivité, plusieurs auteurs en ont identifié des facteurs pour la définir (Barratt, 1994; Barratt & Slaughter, 1998; Hare, 1991; Moeller et al., 2001; Webster & Jackson, 1997; Whiteside & Lynam, 2001).

Définition de l'impulsivité selon Barratt et ses collaborateurs

La définition que fait Barratt de l'impulsivité est actuellement la plus reconnue dans la littérature scientifique. La *Barratt Impulsivity Scale version II* (BIS-II; Barratt, 1985; Moeller et al., 2001) est la mesure de référence. Elle est définie comme une caractéristique comportementale, qui proviendrait de prédispositions biologiques et de conditionnements en bas âge, entraînant, suite à des stimuli internes ou externes, des actions rapides et non planifiées, sans considération quant aux conséquences négatives. Selon Barratt (1994), l'impulsivité n'est pas reliée aux émotions en général. L'anxiété, la recherche de sensation, de plaisir ou de soulagement et les mécanismes de défense ne seraient pas impliqués dans sa perception de l'impulsivité (Dassylva, 2012).

Barratt (1994) a effectué des analyses factorielles de plusieurs versions de la BIS. Celles-ci lui ont permis de diviser l'impulsivité en trois dimensions : l'impulsivité motrice (agir sans penser), l'impulsivité cognitive (prendre des décisions rapides) et l'impulsivité liée à l'absence de planification (une absence de considération pour le futur). L'aspect cognitif de l'impulsivité est distribué dans toute l'échelle et ne constitue

pas un facteur en soi (Barratt, 1994). Ce dernier aspect est associé à des troubles de la personnalité, notamment au trouble de la personnalité antisociale, à des troubles mentaux tels que le TDAH et à des comportements problématiques comme les agressions et les délits violents (Stanford et al., 2009). Par contre, selon les résultats de l'étude MacArthur (Monahan et al., 2001), effectuée auprès de patients souffrant de troubles mentaux, la dimension de l'impulsivité motrice de la BIS-II s'est avérée liée très faiblement aux comportements violents.

Dans le même sens, Patton, Stanford et Barratt (1995) soutiennent que les processus cognitifs sont à la base de l'impulsivité en général. Il s'agirait d'un problème de contrôle cognitif impliquant certaines des fonctions exécutives qui sont affectées dans le TDAH. C'est le cas de l'absence de réflexion (incapacité d'envisager les conséquences d'un comportement), du manque de planification, du manque d'inhibition, déficits auxquels s'ajoutent la difficulté à résister à ses pulsions, le besoin de gratification immédiate et le manque de persévérance (l'incapacité de persister dans une tâche malgré l'ennui).

Mesure de l'impulsivité dans la PCL-R

Dans son Échelle révisée de psychopathie (PCL-R), Hare (2003) aborde l'impulsivité au sens propre dans l'item 14 : la tendance à agir sur un coup de tête. Cet item s'illustre par l'individu qui agit sur l'impulsion du moment, sans considération quant à ses engagements, quant aux conséquences de ses gestes ou quant au futur en

général. La recherche d'excitation et la faible maîtrise de soi (tendance à être prompt, explosif) sont deux items également inclus dans la PCL-R mais qui se distinguent de l'impulsivité à proprement dit, selon Hare (2003). Des analyses de régressions logistiques ont permis de démontrer que la tendance à agir sur un coup de tête et la faible maîtrise de soi contribuent directement à l'explication du comportement violent chez des patients atteints de troubles mentaux. Ces contributions directes vont même au-delà des diagnostics de trouble de la personnalité antisociale et d'abus de SPA (Audy-Dubé & Côté, 2012; Côté & Crocker, 2010).

Agnew (2009) porte également un intérêt particulier au concept de faible maîtrise de soi. Selon Agnew, la faible maîtrise de soi se caractérise par une préférence pour les récompenses immédiates, une recherche de sensations à travers la prise de risque, un manque de motivation, d'ambition et de persévérance ainsi que par la présence de croyances favorables au développement de la délinquance. La compréhension de cet auteur s'éloigne de la perspective de Hare (2003) quant à la faible maîtrise de soi et à l'impulsivité au sens propre, mais permet d'identifier d'autres éléments liés à l'impulsivité.

Théorie de Gottfredson et de Hirschi

L'aspect déficitaire des processus d'inhibition est commun à la plupart des théories sur l'impulsivité. La théorie de Gottfredson et Hirschi (1990) ne fait pas exception. Ces auteurs font aussi un lien avec la faible maîtrise de soi et les problèmes de

comportements. Selon leur théorie, l'impulsivité comprend une difficulté à inhiber certaines réponses comportementales et un faible niveau de contrôle de soi général. En fait, pour ces auteurs, des niveaux élevés de désinhibition cognitive, de désinhibition comportementale et de réactivité émotionnelle sont des manifestations de la faible maîtrise de soi. Cette dernière serait liée aux comportements antisociaux (Gottfredson & Hirschi, 1990; Le Blanc, 2010). Plus précisément, Gottfredson et Hirschi comprennent l'acte criminel comme procurant une gratification immédiate, une satisfaction simple des désirs, une excitation, peu de bénéfices à long terme et générant de la douleur ou de l'inconfort à la victime. Ils décrivent la personne impulsive comme une personne qui présente un faible contrôle de soi et qui ne considère ou n'anticipe pas les conséquences de ses gestes. Enfin, la propension des individus à commettre des actes criminels est perçue comme étant stable tout au long de la vie.

Approche de Webster et de ses collaborateurs

La définition que fait Wishnie (1977) de l'impulsivité est à la base des travaux de Webster et de ses collaborateurs. Wishnie suggère 14 éléments caractérisant les origines des comportements d'impulsivité : (1) la faible estime de soi, (2) l'incapacité d'investir des relations interpersonnelles (notamment intimes), (3) la manipulation, (4) l'adoption de stratégies d'évitement du conflit interne (attribution de causes externes), par exemple: « si mon père avait été plus présent dans ma vie, alors je ne serais pas devenu ainsi » [Traduction libre] (p. 48), (5) l'absence de responsabilisation quant au comportement, (6) la présence de plusieurs mécanismes de défense pour éviter l'auto-évaluation du

comportement (générant une résistance au changement), (7) l'évitement des émotions (anxiété, tristesse, rage, humiliation) par l'engagement dans des activités distrayantes et excitantes souvent non planifiées et en conflit avec l'environnement, (8) le déni des sentiments et des besoins d'autrui, (9) l'absence de continuité dans les patterns d'évènements (chaque évènement est traité séparément et indépendamment), (10) la vision clivée d'autrui (tout ou rien) comme protection contre l'autocritique (validant la position de la personne qu'il est impossible de changer, qu'il n'y a aucun espoir), (11) l'absence de planification, (12) l'autodestruction, (13) l'incapacité de tolérer les délais de gratification (associée à la croyance que le futur ne procurera pas de meilleurs résultats) ainsi que (14) l'attente et la revendication d'obtenir la satisfaction des besoins ou le soulagement de l'anxiété ou d'un inconfort par autrui pouvant générer des réactions hostiles et explosives lors de refus ou de frustrations.

La vision de Wishnie (1977) s'inscrit dans une approche psychodynamique, qui amène une conception complémentaire aux théories évoquées précédemment, ajoutant à la compréhension de l'impulsivité et du TDAH. Il s'agit d'une approche qui inclue l'expérience subjective de la personne. Cette expérience subjective concerne la régulation des relations interpersonnelles, notamment intimes, la régulation des expériences émotionnelles, les spécificités au niveau de l'attention et les processus sous-jacents au comportement impulsif de la personne qui présente un TDAH. Ainsi, les personnes dites impulsives s'investissent peu dans la poursuite de buts à long terme, mais font davantage le choix de résultats immédiats. Elles ont également une perception

du temps différente des personnes non impulsives. Elles réagissent aussi différemment aux mesures punitives.

Webster et Jackson (1997) regroupent les éléments de définition de l'impulsivité de Wishnie (1977) en sept caractéristiques : (1) un important doute de soi, (2) une perception menaçante du monde, (3) une mobilisation de défenses psychologiques contre la faible estime de soi et contre un sentiment de vide, (4) une difficulté à lier les événements continus, (5) des affects dépressifs, (6) une croyance de ne pas pouvoir changer et (7) une victimisation (faible responsabilisation). L'approche de Webster et Jackson s'insère dans une approche clinique d'évaluation et de gestion du risque de récurrence des comportements violents (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013). Les auteurs considèrent qu'il existe une grande variabilité des types de comportements impulsifs chez un individu et entre les individus; ils suggèrent que l'impulsivité fait référence à une large étendue de comportements et aux facteurs qui les sous-tendent. Cela rend donc difficile la définition de ce trait de personnalité qui constitue un problème d'ordre psychiatrique et légal. Effectivement, de nombreuses problématiques y seraient associées, notamment l'abus ou la dépendance aux SPA, la colère explosive, les troubles alimentaires ainsi que les comportements criminels violents et non-violents (Douglas et al., 2013; Webster & Jackson, 1997).

Enfin, l'approche de Webster et Jackson (1997) est orientée vers l'interprétation clinique des comportements impulsifs. Dans ce cadre de pensée, ces comportements

résident dans un mode d'organisation de la personnalité. L'histoire de vie de la personne, son idiosyncrasie et son environnement sont donc des facteurs à considérer. Cette perspective demeure importante lorsqu'il s'agit de comprendre le mode d'organisation des hommes incarcérés pour cause de comportements violents. Pour ces auteurs, l'impulsivité se comprend sous l'angle d'une recherche de gratification immédiate, d'une faible tolérance aux frustrations, de l'hostilité, de l'agressivité, des compulsions, des problèmes interpersonnels chroniques et de la manipulation. Ces facteurs sont considérés par ces auteurs comme sous-jacents aux comportements impulsifs et devraient apparaître en bas âge, notamment à travers le TDAH. Moeller et ses collaborateurs (2001) ajoutent qu'en considérant l'impulsivité comme une prédisposition, comme un type de comportement qui apparaîtrait en bas âge, il est justifié de penser qu'il se développe sous la forme d'un TDAH.

La perspective de Whiteside et Lynam (2001) correspond au même cadre de référence que celle de Webster et de ses collaborateurs, où l'intérêt est porté sur la combinaison des facteurs liés aux comportements violents et non pas sur des variables de façon isolée. Cela dit, ces auteurs perçoivent l'impulsivité comme un comportement superficiel issu de traits de personnalité spécifiques. Ils estiment donc essentiel de distinguer les comportements des traits de personnalité qui les sous-tendent puisque, selon la personnalité, l'impulsivité se manifesterait différemment. Whiteside et Lynam ont toutefois identifié quatre facteurs associés aux comportements impulsifs : l'absence

de préméditation, l'urgence, la recherche de sensations et le manque de persévérance. Ils soutiennent que :

L'absence de préméditation réfère à l'incapacité d'envisager les conséquences de ses gestes avant d'agir [...], l'urgence est définie comme étant la difficulté à résister à de fortes impulsions, initiées par des affects négatifs [...], la recherche de sensations constitue le besoin d'excitation et de stimulation [...] et, finalement, le manque de persévérance réfère à l'incapacité de persister dans une tâche malgré l'ennui. [Traduction libre] (p.685)

Suite à leurs analyses, les auteurs suggèrent que l'absence de préméditation et la recherche de sensations sont les indicateurs les plus importants du comportement antisocial et du trouble d'utilisation de SPA. Le trouble d'utilisation de SPA est effectivement souvent inclus dans les études traitant de comportements violents et d'impulsivité, ce dernier trouble présentant un caractère hautement impulsif (Whiteside & Lynam, 2001). Ces résultats sont corroborés par plusieurs autres études (Derefinko, DeWall, Metze, Walsh, & Lynam, 2011; Lynam & Miller, 2004).

Les observations de Whiteside et Lynam (2001) ont fait l'objet d'une étude par Miller, Flory, Lynam et Leukefel (2003). Ces derniers suggèrent que le modèle des quatre traits de l'impulsivité de Whiteside et Lynam permet, effectivement, de prédire une grande variété de problèmes de comportements. Ils précisent que l'absence de préméditation est le plus consistant des quatre traits, dans la prédiction des comportements externalisés. Miller et ses collaborateurs se sont aussi intéressés au lien entre ces quatre facteurs de l'impulsivité et le TDAH. Les résultats révèlent que les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité sont plus fortement corrélés au

manque de préméditation qu'aux trois autres facteurs. De plus, le facteur « urgence » [Traduction libre] (p. 685), défini précédemment, prédirait significativement le comportement hétéro-agressif. Or, selon les résultats de l'étude de Milller et ses collaborateurs, ce trait n'est pas associé à d'autres problèmes externalisés. Une des explications possibles réside dans la distinction entre agression réactive et proactive. En effet, le comportement hétéro-agressif des individus manifestant des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité aurait un caractère réactif, caractère associé à l'absence de préméditation.

En résumé, la recension des écrits scientifiques sur l'impulsivité permet de constater qu'il n'y a pas de consensus parmi les experts quant à une définition précise (Dassylva, 2012; Lynam & Miller, 2004). Toutefois, les différentes perspectives apportent des visions importantes de l'impulsivité, difficilement dissociables de la vision de l'impulsivité dans le TDAH et fortement associée aux comportements violents. Suite à sa recension des écrits, Dassylva avance que la compréhension des liens entre l'impulsivité et les comportements violents est plus complexe que ce qui est actuellement observé dans la recherche, entre autres parce que les facettes de l'impulsivité peuvent être différemment interprétées selon les traits de la personnalité de l'individu.

Quoi qu'il en soit, la personne impulsive présente plusieurs difficultés, notamment un manque de régulation émotionnelle, des lacunes au niveau de l'inhibition, une

tendance à agir sur un coup de tête, un manque de considération quant aux conséquences futures de ses gestes et une faible maîtrise de soi. Ces caractéristiques sont liées aux comportements violents. Elles sont aussi observées dans le TDAH ainsi que dans les troubles externalisés tels que le troubles des conduites et le trouble de la personnalité antisociale.

Troubles de la personnalité associés aux comportements violents

L'impulsivité est une caractéristique commune à certains troubles mentaux et, plus spécifiquement, à certains troubles de la personnalité qui sont associés aux comportements violents. C'est effectivement le cas du trouble des conduites avant l'âge adulte et du trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte (Cumyn et al., 2009; Klein et al., 2012; Le Corff & Toupin, 2014; Lundström et al., 2014; Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008).

Trouble des conduites avant l'âge adulte

Le trouble des conduites est un trouble fréquemment associé à l'impulsivité et le lien avec le TDAH est bien établi dans la littérature scientifique (Barkley, 1997a; Biederman, Mick, Faraone, & Burback, 2001). Le trouble des conduites est un trouble habituellement diagnostiqué durant l'enfance (APA, 2015). Il se caractérise par une série de conduites adoptées par l'enfant ou l'adolescent, de façon constante et répétitive, dans lesquelles il n'y a considération ni d'autrui ni des règles sociales correspondant à son âge. Quatre catégories principales existent pour classer les comportements du trouble

des conduites. La première catégorie inclut les conduites agressives au cours desquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique. La deuxième catégorie comprend les comportements qui visent à briser des biens matériels sans agression physique. Les fraudes et les vols constituent la troisième catégorie. La dernière et quatrième catégorie est constituée de la violation grave des règles établies (APA, 2015).

Les enfants ou les adolescents ayant un trouble des conduites peuvent être enclins à réagir fortement et agressivement envers les autres ou encore à déclencher les hostilités. Les comportements agressifs présents dans le trouble des conduites peuvent aller de l'intimidation, de menaces avec une arme, susceptible de blesser quelqu'un, jusqu'à des contraintes de rapports sexuels, de viol ou encore, dans de plus rares cas, jusqu'à l'homicide (APA, 2015).

Des sous-types ont été identifiés dans la dernière version du DSM selon des critères de sévérité (léger, moyen, grave) et selon le niveau d'émotions prosociales manifestées par le jeune. Les critères pour cette dernière spécification sont : absence de remords ou de culpabilité, dureté (insensibilité) ou manque d'empathie, insouciance de la performance et superficialité ou déficience des affects. Le début de l'âge d'apparition du trouble a influencé les sous-types inclus dans le DSM-5. Les garçons présentant le sous-type qualifié *début pendant l'enfance* sont souvent agressifs physiquement. De plus, ils ont, pour plusieurs, reçu un diagnostic de trouble oppositionnel et de TDAH pendant la

petite enfance. Les problèmes sont généralement susceptibles de persister dans le temps, davantage que le sous-type qualifié *début pendant l'adolescence* (APA, 2015). Dans leur étude menée en 2009, Mathieu et Côté soulignent déjà l'importance de distinguer deux types : les débutants précoces (présence d'un diagnostic du trouble des conduites avant l'âge de 15 ans) et les débutants tardifs (présence d'un diagnostic du trouble des conduites après 15 ans). Les résultats de leur étude révèlent que les débutants précoces commettent plus de délits violents graves, sont plus impulsifs et ont davantage de problèmes d'utilisation de SPA. D'autres études abondent en ce sens : plus tôt les comportements violents apparaissent, plus ceux-ci sont associés à un trouble de la personnalité antisociale et aux comportements violents à l'âge adulte (Klein et al., 2012; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber, & White, 2008; Loeber et al., 2005; Lynam et al., 2009).

Le Corff et Toupin (2014) se sont aussi intéressés à la perspective future des jeunes ayant un trouble des conduites. Plus spécifiquement, à l'aide d'une régression logistique, ils ont vérifié quels symptômes, entre les comportements antisociaux caractérisés par de l'agressivité et des comportements antisociaux non agressifs, présents dans le trouble des conduites, contribuent le plus à la présence d'un trouble de la personnalité antisociale, trois années plus tard. L'échantillon à l'étude était constitué d'adolescents en centres jeunesse présentant tous un trouble des conduites. Leurs résultats ont démontré que la présence chez un enfant ou un adolescent de comportements d'agressions ouvertes (agressions physiques) permettrait de prédire significativement la présence d'un

trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte. Toutefois, les comportements non agressifs observés dans le trouble des conduites ne seraient pas associés à la persistance d'un trouble de la personnalité antisociale ultérieur. Quant aux comportements violents, Farrington et Hawkins (1991) soutiennent que les adultes ayant commis des actes violents étaient significativement plus agressifs entre 8 et 10 ans. Plusieurs études comparatives des comportements antisociaux agressifs et non agressifs ont permis de tirer certaines conclusions : les comportements antisociaux agressifs sont davantage influencés par des facteurs génétiques, sont liés à différents traits de la personnalité, sont associés à la persistance des comportements antisociaux au cours de la vie et sont associés à des déficits neuropsychologiques spécifiques (Burt & Mikolajewski, 2008; Eley, Lichtenstein, & Moffitt, 2003; Miller, Flory, Lynam, & Leukefel, 2003; Moffitt, 1993; Moffitt & Caspi, 2001; Skeem, Miller, Mulvey, Tiemann, & Monahan, 2005). Ainsi, il est essentiel d'aborder la question des comportements violents sous l'angle d'un mode d'organisation spécifique, le TDAH pouvant y jouer un rôle particulier. En termes d'organisation, le trouble des conduites serait significativement lié à l'hyperactivité (Biederman et al., 2001).

Par conséquent, selon Lecomte et Poissant (2006), le trouble des conduites serait le trouble le plus fréquemment diagnostiqué en concomitance au TDAH. Le trouble des conduites expliquerait d'ailleurs 12,9% de la variance du TDAH (Lecomte & Poissant, 2006). D'autres auteurs estiment que 58% des enfants avec un trouble des conduites présentent également un TDAH (Offord, Lipman, & Duku, 2001). Les études sur les

jumeaux et les familles suggèrent la présence d'un antécédent commun entre le TDAH et les comportements antisociaux pendant l'enfance et l'adolescence (Nadder, Rutter, Silberg, Maes, & Eaves, 2002). De plus, les résultats de certaines études démontrent que la présence à la fois d'un TDAH et d'un trouble des conduites prédirait le développement d'un trouble de la personnalité antisociale (Johansson, Kerr, & Andershed, 2005; Lilienfeld & Waldman, 1990; Lynam, 1996). Toutefois, plusieurs auteurs expliquent que cette association entre le TDAH et le trouble de la personnalité antisociale est due aux facteurs communs existant entre le TDAH et le trouble des conduites (Abramowitz, Kosson, & Seidenberg, 2004; Lahey, Loeber, Burke, & Applegate, 2005; Lilienfeld & Waldman, 1990). Dès lors, il est important d'isoler le TDAH afin de déterminer sa contribution dans l'explication du comportement, sans le trouble des conduites avec lequel le TDAH partage une grande proportion de la variance.

En ce qui a trait au lien entre le trouble des conduites et les conduites antisociales futures, l'étude de Robins effectuée en 1966 et plusieurs autres études (APA, 2015) permettent de rendre compte de la nécessité d'inclure le trouble des conduites dans le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale. C'est également le cas de l'étude de Sibley et de ses collaborateurs (2011). Ces auteurs ont, à partir de données longitudinales en provenance de Pittsburgh aux États-Unis, comparé un groupe clinique de 288 garçons ayant reçu un diagnostic de TDAH entre l'âge de 5 et 12 ans à un groupe similaire sur le plan démographique, mais non clinique de 209 garçons. Les résultats de

cette étude révèlent que le TDAH est un facteur de risque associé à la délinquance qui apparaît encore plus important lorsqu'il est en concomitance avec le trouble des conduites. Au Québec, la chercheuse Castellanos-Ryan et ses collaborateurs (2014) arrivent à la conclusion suivante : le trouble des conduites et le TDAH présentent des déficits cognitifs communs au niveau du lobe frontal (inhibition), particulièrement au niveau des gestes impulsifs, des choix impulsifs (préférence pour les récompenses immédiates par rapport aux récompenses à plus long terme) et de la sensibilité aux récompenses.

Bien qu'il soit établi que le trouble des conduites et les symptômes du TDAH, apparaissant en bas âge, soient associés à des comportements antisociaux futurs (Lynam et al., 2009; Simonoff et al., 2004; Young et al., 2015), tous les jeunes ayant un trouble des conduites ne vont pas développer un trouble de la personnalité antisociale. Ainsi, il devient pertinent d'aborder le trouble de la personnalité antisociale pour comprendre sa contribution dans le comportement violent d'hommes adultes incarcérés.

Trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte

La personnalité antisociale constitue un facteur clé dans l'évaluation du risque de comportements violents chez une personne présentant un trouble mental (Côté, Lesage, Chawky, & Loyer, 1997; Douglas et al., 2013; Guy, Douglas, & Hart, 2015; Joyal, Côté, Meloche, & Hodgins, 2011). Le DSM-5 définit le trouble de la personnalité antisociale comme une organisation cohérente de mépris et de violation des droits d'autrui qui

apparaît pendant l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte (APA, 2015). Il est question d'un trouble lorsque les traits de personnalité « sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement. » (APA, p. 761). Pour porter un tel diagnostic, la personne doit être âgée de 18 ans ou plus et avoir déjà manifesté divers symptômes du trouble des conduites avant l'âge de 15 ans (APA). Le DSM-5 se base principalement sur les aspects comportementaux (majoritairement criminels et violents) d'un individu, pour établir le diagnostic du trouble de la personnalité antisociale et fait fi des processus sous-jacents à ces comportements. Ainsi, certains auteurs suggèrent de se questionner quant aux critères de ce diagnostic et soulèvent le risque d'un nombre important de faux positifs (Derefinko & Widiger, 2008; Ogloff, 2006).

L'étude épidémiologique de Bland, Orn et Newman (1988) révèle des taux de prévalence du trouble de la personnalité antisociale dans la région d'Edmonton allant de 0,3% à 6,5%, selon le groupe d'âge et le sexe des individus. La plus forte prévalence du trouble se situe chez les 18 à 34 ans et une plus faible prévalence s'observe chez les 65 ans et plus. Les hommes sont significativement surreprésentés par rapport aux femmes, avec une prévalence respective du trouble de 0,8% et 6,5%.

Quant à la population carcérale, environ 60% des détenus présentent un profil de trouble de la personnalité antisociale (Derefinko & Widiger, 2008; Robins, Tipp, & Przybeck, 1991; Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006). Ces derniers sont décrits

comme des gens souvent agressifs, manipulateurs, irresponsables et impulsifs (Bobadilla, Wampler, & Taylor, 2012; Derefinko & Widiger, 2008; Ullrich & Marneros, 2004). Ces caractéristiques sont étroitement associées aux actes criminels tels que la violence envers les autres, l'abus de SPA, la vente de drogues, les crimes non violents. De plus, ces détenus sont plus enclins à récidiver (Bobadilla et al., 2012; Coid et al., 2006). Ces actes sont souvent impulsifs, non planifiés, réactionnels (Bobadilla et al., 2012; Derefinko & Widiger, 2008). En effet, l'individu présentant un trouble de la personnalité antisociale est fréquemment décrit comme ayant un caractère hautement impulsif (Hare, 1991, 2003; Moran, 1999). Cette impulsivité est fortement associée à l'abus et à la dépendance aux SPA, au rejet des normes sociales ainsi qu'aux comportements criminels (Coid et al., 2006; Derefinko & Widiger, 2008). L'impulsivité constitue d'ailleurs une caractéristique commune des jeunes ayant un trouble des conduites qui persisteront dans leurs comportements délinquants et développeront, à l'âge adulte, un trouble de la personnalité antisociale. En effet, il est établi par plusieurs auteurs que l'impulsivité est clairement associée au trouble de la personnalité antisociale (Fritz, Wiklund, Kuposov, Klinteberg, & Ruchkin, 2008; Komarovskaya, Loper, & Warren, 2007).

D'ailleurs, plusieurs études suggèrent que le développement des personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte est empreint d'une combinaison de symptômes du trouble des conduites et d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention en bas âge (Loeber, 1990; Simonoff et al., 2004). En effet, il est fréquent

que les individus ayant un trouble de la personnalité antisociale aient également un TDAH (Cumyn et al., 2009; Sobanski et al., 2007). Klein et ses collaborateurs (2012) ont même démontré l'existence d'une corrélation significative du TDAH avec le trouble de la personnalité antisociale et d'autres diagnostics associés aux comportements antisociaux, voire à la violence. C'est le cas notamment de l'abus et de la dépendance aux SPA, tous deux manifestant un caractère impulsif. Les résultats de leur étude corroborent ceux de l'étude de Johansson et de ses collaborateurs (2005) : la présence d'un TDAH chez un enfant augmenterait de quatre fois le risque de présenter également un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale. Ainsi, il est possible de penser que la variable de l'impulsivité est commune à ces troubles et que la présence ou l'absence d'un TDAH chez un détenu pourrait permettre de dresser des profils d'individus commettant des gestes violents.

TDAH et comportement violent

À la lumière des résultats d'études évoquées, l'impulsivité est associée aux comportements violents et au TDAH. Toutefois, l'impulsivité ne permet pas, à elle seule, d'expliquer ou de prédire le comportement violent. Le TDAH, quant à lui, est un syndrome distinct qui pourrait amener une précision supplémentaire pour mieux prédire le comportement violent.

Par conséquent, Mannuzza et ses collaborateurs (2008) se sont intéressés à la trajectoire délinquante de garçons présentant un TDAH. Ils soutiennent que même en

l'absence d'un trouble des conduites, le TDAH chez l'enfant pourrait permettre de prédire les actes criminels chez l'adulte. En effet, les résultats de leur étude suggèrent que les garçons ayant seulement un TDAH à l'âge de 8 ans commettaient davantage d'actes criminels, notamment violents, entre 18 et 25 ans, que ceux ne présentant pas le trouble. Le résultat de plusieurs autres études a permis de documenter le lien entre les comportements criminels et le TDAH (Lundström et al., 2014; Mannuzza et al., 2008; Nadder et al., 2002); pour certains auteurs, le lien entre le TDAH et le comportement violent à l'âge adulte est clairement établi (Satterfield et al., 2007).

Klein et ses collaborateurs (2012) révèlent également que trois fois plus de participants de leur étude ayant reçu un diagnostic de TDAH ont déjà été incarcérés, comparativement aux participants n'ayant pas reçu un tel diagnostic. Cela suggère à une organisation distincte et spécifique des individus atteint du TDAH. Ces derniers présentent d'ailleurs des difficultés d'adaptation sur les plans scolaire, social et professionnel, qui seraient susceptibles d'augmenter les risques de problèmes économiques, lesquels constituent des facteurs de risque pour les comportements criminels. Parmi les participants présentant un trouble des conduites en plus d'un TDAH durant l'adolescence, un quart ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte. Selon cette même étude, parmi les participants du groupe contrôle (sans TDAH), mais ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites durant l'adolescence, aucun d'entre eux n'aurait développé un trouble de la personnalité antisociale. Dès lors, un diagnostic de TDAH à l'enfance, même en l'absence d'un

trouble des conduites, augmenterait le risque de développer un trouble de la personnalité antisociale et de commettre des actes criminels (Klein et al., 2012). Ce résultat corrobore celui de Mannuzza et ses collaborateurs (2008). Le TDAH pourrait constituer un facteur important associé aux comportements violents. L'importance relative de chacune de ces composantes demeure cependant inconnue.

De plus, Barker et ses collaborateurs (2011) suggèrent que le TDAH est associé aux comportements antisociaux de type agressif seulement et non pas aux comportements antisociaux de manière générale. Les auteurs expliquent ce lien à travers les différents déficits neurocognitifs associés au TDAH. Certaines études révèlent que le TDAH est associé à des agressions impulsives et réactives (Retz & Rösler, 2009); il constitue un facteur de risque important de violence conjugale (Buitelaar et al., 2016). Ainsi, la difficulté dans la régulation des émotions, notamment de la colère, accompagnée d'un haut niveau d'excitation physique, d'une instabilité des affects et du manque d'inhibition, pourraient contribuer à la prédiction des comportements violents de type réactif et impulsif (Vitaro & Brendgen, 2005). Enfin, au terme de leur étude longitudinale, Loeber et ses collaborateurs (2005) suggèrent qu'il existe un lien significatif entre les comportements violents à l'âge adulte et la présence d'un TDAH pendant l'enfance.

Actuellement, il y a très peu d'études portant sur le lien entre le comportement violent et le TDAH qui tiennent compte de la trajectoire adulte. De plus, aucune n'a

isolé le TDAH pour comprendre la contribution directe de ce trouble sur le comportement violent, au-delà de l'enfance et de l'adolescence. Ainsi, il devient pertinent d'isoler le TDAH afin de déterminer la contribution de ce trouble dans le comportement violent. Cela constitue d'ailleurs l'objectif de cet essai. Plus précisément, l'objectif de cet essai doctoral consiste à vérifier la contribution spécifique et directe du TDAH pour expliquer certaines formes de comportements violents d'hommes incarcérés, en incluant les troubles cooccurrents au TDAH et aux comportements violents. Conséquemment à l'objectif, l'hypothèse selon laquelle il existe une contribution particulière du TDAH à l'explication du comportement violent d'individus manifestant ce trouble est formulée. Il est donc attendu qu'un homme incarcéré présentant un TDAH sera plus à risque de commettre un nombre plus élevé de comportements violents qu'un détenu n'ayant pas le trouble. La régression logistique polytomique est la stratégie d'analyse utilisée pour rendre compte de cet objectif. Il sera également pertinent de s'intéresser aux profils d'individus présentant un TDAH et ayant une propension à commettre des actes violents.

Méthode

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée dans cette étude. Celle-ci concerne les caractéristiques des participants de l'échantillon, la procédure d'évaluation ainsi que les instruments et les motifs qui justifient leur utilisation.

Participants

Les participants proviennent de l'étude épidémiologique de Côté et ses collaborateurs (2007-2012) portant sur les troubles mentaux, les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle en milieu carcéral. Les chercheurs intègrent également à leur étude un ensemble de facteurs qui caractérisent les individus ainsi identifiés, dont l'impulsivité, de par son importance dans la symptomatologie et la gestion du risque de comportements agressifs. Les nouveaux détenus masculins, francophones et anglophones, composent la population de l'étude. Ainsi, seuls les hommes condamnés à une première ou à une nouvelle sentence de deux ans et plus sont retenus pour l'étude. Les détenus devaient parler aisément le français ou l'anglais pour être admis dans l'échantillon. La liste des entrées au Centre régional de réception (CRR) du Service correctionnel Canada (SCC), région de Québec, a été utilisée pour effectuer le recrutement. Le CRR est le pénitencier fédéral où les hommes québécois qui font l'objet d'une sentence de deux ans et plus sont détenus au sein du SCC, avant d'être redirigés vers des pénitenciers du Québec, suite à une évaluation institutionnelle. Sur la base du nombre de nouveaux détenus entrant quotidiennement au CRR et la capacité de

l'équipe de recherche à évaluer un certain nombre de détenus parmi ceux-ci, il fut établi qu'un détenu sur quatre faisant son entrée au CRR était retenu. Un chiffre aléatoire situé entre 1 et 4 fut déterminé au hasard au départ; par la suite, chaque quatrième détenu sur la liste fut approché pour participer. Le taux de participation est de 76%. Deux participants se sont retirés au terme de l'étude.

Procédure d'évaluation

L'évaluation de l'état mental des détenus s'est effectuée lors de leur séjour de deux à trois mois au CRR. Les participants sont rencontrés après les trois premières semaines, lorsque l'évaluation par le SCC était complétée. Pour répondre à l'objectif visé, les participants ont été soumis à l'évaluation des symptômes de troubles mentaux et des troubles de la personnalité à l'aide d'une entrevue semi-structurée, alors que l'impulsivité, la stabilité des tendances impulsives et le TDAH ont été évalués à l'aide de questionnaires et d'entrevues. Les informations quant aux comportements violents hétéro-agressifs ont été recueillies avec une mesure auto-rapportée, lors d'une entrevue avec les participants.

Instruments

Le Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Les symptômes de troubles de la personnalité ont été évalués à l'aide du SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997). Ces instruments sont actuellement les plus utilisés en recherche et ils sont valides pour la majorité des diagnostics de l'axe I et de l'axe II

présents dans le DSM-IV (APA, 2003). Dans la présente étude, la consistance interne est excellente, avec un Alpha standardisé de Cronbach de 0,90. Un coefficient *kappa* d'accord inter-juges de 0,93 a également été obtenu. Ce coefficient est basé sur l'évaluation de 40 participants évalués par deux cliniciens ayant réalisé conjointement l'entrevue; ceux-ci ont par la suite procédé à la cotation des indices de façon indépendante.

L'évaluation finale suite à l'entrevue à l'aide du SCID est basée sur un jugement clinique. La structure de l'instrument permet d'effectuer l'entrevue par module, selon les symptômes présents chez le participant. La validité d'une pareille entrevue est soutenue par le fait d'une faible probabilité que les détenus prétendent présenter des symptômes de trouble mentaux pour en tirer avantage, les détenus ayant déjà été reconnus coupables et condamnés pour leur infraction, en raison des préjugés négatifs associés à ces symptômes ainsi qu'en raison de la tendance au charme superficiel et à la surestimation de soi caractérisant les détenus les plus criminalisés (Hare, 2003). D'ailleurs, cette question a longuement été étudiée par d'autres auteurs qui arrivent au même constat : la très grande majorité des individus n'essaie pas de bien ou de mal paraître (Bossé & Le Blanc, 1980; Hirschi, 1969, 2002, 2009).

La Barratt Impulsivity Scale version II (BIS-II). Les aspects reliés à l'impulsivité sont évalués par la BIS-II (Barratt, 1985; Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Il s'agit d'un questionnaire composé de 30 items cotés sur une échelle en quatre points de type

Likert (rarement/jamais, occasionnellement, souvent, presque toujours/toujours). La BIS-II présente une bonne validité; elle est actuellement la mesure de l'impulsivité la plus utilisée en recherche (Standford et al., 2009). Dans la présente étude, la consistance interne obtenue est très bonne (α s 0,84). Une version française de l'échelle est disponible. L'impulsivité est évaluée sur la base d'un continuum (plus une personne présente un résultat élevé, plus elle est considérée comme impulsive, donc portée à commettre des gestes impulsifs).

Le Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). La version adaptée pour les milieux correctionnels du CAARS (Conners, 2004) permet d'estimer la stabilité des tendances impulsives présentes depuis l'enfance, notamment à travers le TDAH. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté de 26 items composé d'une échelle d'impulsivité/labilité émotionnelle. Il permet d'évaluer les symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention chez les détenus. Dans cette étude, la consistance interne de l'instrument est excellente (α s 0,92).

MacArthur Community Violence Instrument (MacCVI). Le MacCVI (Monahan et al., 2001) permet d'obtenir les informations concernant les comportements violents hétéro-agressifs. Le comportement violent hétéro-agressif se définit comme toute voie de fait, soit un coup porté, tenté ou bien une menace envers une autre personne. Dans cet essai, les termes « violents » et « agressifs » sont admis comme synonymes et sont tous deux utilisés pour qualifier le comportement violent. Cela correspond à un geste qui

pourrait amener une mise en accusation formelle par le système de justice criminelle. Il s'agit de la définition généralement acceptée dans le domaine. Ainsi, le MacCVI permet d'obtenir les informations auto-rapportés par le détenu, en cours d'une entrevue d'environ 5 à 10 minutes, quant aux comportements violents sévères perpétrés au cours de sa vie (ex. : avoir causé la mort ou l'hospitalisation, avoir blessé quelqu'un avec un objet ou une arme) et quant aux comportements violents moins sévères manifestés dans l'année précédant son incarcération (ex. : avoir lancé un objet à quelqu'un, avoir poussé ou avoir frappé une personne). Une période de temps plus réduite, soit la dernière année, est utilisée pour évaluer les comportements violents non sévères puisque les détenus présentent plus de difficulté à se souvenir de ce type de comportements de façon exacte. Les comportements violents sévères commis par les détenus sont, quant à eux, généralement bien mémorisés.

Les comportements violents sont catégorisés selon l'absence, la présence de peu de comportements et la présence de nombreux comportements, au regard de la répartition par quartile. Un nombre d'un à trois infractions sont regroupés dans la catégorie *peu de comportements violents non sévères* tandis que quatre comportements violents non sévères et plus constitue la dernière catégorie. Quant aux comportements violents sévères, la présence d'un à deux comportements constitue la catégorie *peu de comportements violents sévères*, tandis que trois infractions et plus au cours de la vie est considéré comme *nombreux comportements violents sévères*.

Enfin, les raisons qui justifient l'utilisation d'une mesure auto-rapportée ont été explorées par Fréchette et Le Blanc (1979; 1987). L'approche basée sur l'analyse des dossiers de police sous-évaluerait le volume et l'intensité de l'activité délictueuse. Cela est explicable par le fait que, selon les auteurs, environ 75% à 85% des délits ne sont pas connus des policiers et donc pas répertoriés dans les dossiers. Ainsi, l'aveu de l'individu lui-même est privilégié par ses auteurs, avec la variabilité existante au niveau de sa capacité à se remémorer fidèlement ses gestes et de sa volonté à les raconter. Monahan et ses collaborateurs (2001) suggèrent également que les données auto-rapportées sont une source valable d'information. Dans la présente étude, l'instrument obtient une consistance interne excellente (α 0,93).

Analyses statistiques

L'hypothèse selon laquelle le TDAH possède une contribution spécifique quant à la contingence des comportements violents, au-delà de l'impulsivité, du trouble des conduites et du trouble de la personnalité antisociale est posée. Les variables indépendantes (TDAH, impulsivité, trouble des conduites, trouble de la personnalité antisociale) sont définies sur la base de l'absence/présence. Les comportements violents sont divisés en deux groupes : les comportements agressifs sévères et les comportements agressifs non sévères. Ces deux groupes constituent les variables dépendantes de l'étude. Chaque groupe est divisé en trois catégories selon le nombre de comportements violents auto-rapportés : aucune, peu, nombreux. Deux analyses de régressions logistiques polytomique seront effectuées pour vérifier la contribution des variables indépendantes

par rapport aux deux variables dépendantes. Une matrice d'intercorrélations permet de vérifier la colinéarité entre les variables indépendantes et les variables dépendantes ainsi qu'entre les variables indépendantes entre elles. Celle-ci permet de vérifier si les variables indépendantes ont un lien avec les variables dépendantes et de s'assurer que les variables indépendantes de l'étude mesurent chacune des concepts différents, qu'elles ne sont pas excessivement liées entre elles. Au-delà de l'analyse des variables selon une régression logistique polytomique, des profils d'individus seront considérés.

Résultats

Ce chapitre introduit d'abord les statistiques descriptives de l'échantillon. Il présente ensuite les résultats de la matrice d'intercorrélations ainsi que des deux régressions logistiques effectuées visant à vérifier les hypothèses de recherche.

Analyses descriptives

Les analyses descriptives permettent de connaître les caractéristiques de l'échantillon. Celui-ci est composé de 563 hommes détenus, âgés de 18 à 84 ans; la moyenne d'âge est de 39,18, avec un écart-type de 12,84. Parmi les 533 hommes ayant commis des actes violents non sévères au cours de la dernière année, près du quart (23%) en ont commis plusieurs et 26% en ont commis peu. Au sein de ce groupe d'hommes, 16% sont atteints de TDAH, 46% présentent un trouble de la personnalité antisociale et 27% répondent aux critères diagnostiques de l'impulsivité. Quant aux 525 hommes ayant commis au moins un acte violent sévère au cours de leur vie, un quart en ont commis peu et 19% ont commis de nombreux comportements violents sévères. Parmi les hommes ayant commis au moins un comportement violent sévère, 16% d'entre eux présentent un TDAH, 46% présentent un trouble de la personnalité antisociale et 27% répondent aux critères de l'impulsivité.

Matrice d'intercorrélations

La colinéarité est évaluée à l'aide d'une matrice d'intercorrélations afin de déterminer la force du lien entre les diverses variables à l'étude. Les résultats, présentés au Tableau 1, révèlent que chaque variable indépendante est significativement liée à chacune des variables dépendantes, ce qui justifie la pertinence de les inclure dans les analyses futures. Le lien entre le TDAH, variable principale de l'étude et les comportements agressifs non sévères est toutefois faible tandis que celui entre le TDAH et les comportements agressifs sévères est un peu plus élevé.

Les résultats indiquent également que les variables indépendantes sont reliées, mais non redondantes, outre le trouble de la personnalité antisociale et le trouble des conduites qui sont fortement et significativement liés entre eux. Ainsi, il n'est pas justifié de conserver les deux variables : le trouble des conduites est donc exclu des analyses puisqu'il mesure les mêmes aspects que le trouble de la personnalité antisociale.

Tableau 1

Tableau d'intercorrélations (coefficient Phi) entre les variables

	Impulsivité	TC	TPA	Cpts violents non sévères	Cpts violents sévéres
TDAH	0,396**	0,193**	0,183**	0,120*	0,167*
Impulsivité		0,242**	0,255**	0,169**	0,136**
TC			0,901**	0,407**	0,391**
TPA				0,422**	0,433**

*Significatif au seuil de 0,05 ** Significatif au seuil de 0,001

Régressions logistiques polytomiques

Une première régression logistique polytomique consiste à vérifier le potentiel de prédiction des variables indépendantes sur les comportements agressifs non sévères. Une seconde permet de vérifier le potentiel de prédiction des variables indépendantes quant aux comportements agressifs sévères.

Comportements agressifs non sévères. Le Tableau 2 présente les résultats de la régression logistique polytomique des comportements agressifs non sévères. Seul le trouble de la personnalité antisociale prédit significativement les comportements agressifs non sévères. Lorsqu'il y a présence d'un trouble de la personnalité antisociale, la probabilité d'avoir commis peu de comportements agressifs non sévères augmente de 2,6, par rapport à ne pas avoir commis de comportements agressifs non sévères. Pour les hommes ayant commis de nombreux comportements agressifs non sévères, la présence d'un trouble de la personnalité antisociale augmente la probabilité de 10,11, par rapport à ceux qui n'ont pas commis pareils comportements. Il faut toutefois soulever l'écart important au niveau de l'intervalle de confiance : la présence de ce trouble augmente de 6,05 à 16,87 fois la probabilité de commettre des actes violents non sévères.

Tableau 2

Régression logistique polytomique pour les comportements agressifs non sévères

Catégories comportements MacCVI non sévères		Erreur standard	Wald	Exp(B))	Intervalle de confiance à 95 % pour Exp(B) Borne inférieure Borne supérieure	
Peu de comportements agressifs	Constante	,140	53,16 1			
	Présence de TPA	,217	19,44 2	2,600	1,700	3,975
Nombreux comportements agressifs	Constante	,213	91,92 9			
	Présence de TPA	,261	78,25 8	10,105	6,053	16,870

Variables retirées de l'équation car non significatives : TDAH, impulsivité

Comportements agressifs sévères. Le Tableau 3 présente les résultats de la régression logistique polytomique pour les comportements agressifs sévères. Étant donné que les comportements agressifs sévères sont répertoriés sur l'ensemble de la vie, l'âge est considéré dans les analyses en tant que variable indépendante. Il est observé que l'âge est une variable significative : plus l'âge augmente, moins il y a de comportements agressifs sévères. Les résultats révèlent que la présence du trouble de la personnalité antisociale augmente significativement la probabilité d'avoir commis des comportements agressifs sévères. Le rapport de cote passe de 3,2 à 8,95 pour la prédiction du nombre de comportements, respectivement pour ce qui est du fait d'avoir commis peu et de nombreux comportements agressifs sévères. La présence du TDAH augmente de presque de deux fois la probabilité d'avoir commis beaucoup de

comportements agressifs sévères. Toutefois, ce résultat n'est pas statistiquement significatif; il marque cependant une tendance. Dans la catégorie *peu de comportements agressifs sévères*, seuls le trouble de la personnalité antisociale et l'âge ont une contribution significative dans la prédiction.

Tableau 3

Régression logistique polytomique pour les comportements agressifs sévères, incluant le TDAH

Catégories comportements MacCVI sévères		Erreur standard	Wald	Exp(B))	Intervalle de confiance à 95 % pour Exp(B) Borne inférieure Borne supérieure	
Peu de comportements agressifs	Constante	,406	,236			
	Présence de TPA	,230	25,44 9	3,196	2,035	5,019
	Présence de TDAH	,348	2,573	,572	,289	1,132
	Âge du répondant	,009	7,484	,975	,957	,993
Nombreux comportements agressifs	Constante	,516	2,529			
	Présence de TPA	,301	53,01 1	8,947	4,960	16,137
	Présence de TDAH	,318	2,784	1,699	,912	3,167
	Âge du répondant	,012	12,25 6	,959	,937	,982
Variable retirée de l'équation car non significative : impulsivité						

Le Tableau 4 présente les résultats de la régression logistique polytomique en excluant le TDAH. Par rapport aux comportements agressifs sévères, il est observé que le TDAH vient prendre une partie des contingences du trouble de la personnalité antisociale dans la prédiction d'avoir commis de nombreux comportements agressifs sévères. En effet, le rapport de cote du trouble de la personnalité antisociale diminue d'un point lorsqu'on ajoute le TDAH dans l'analyse.

Tableau 4

Régression logistique polytomique pour les comportements agressifs sévères excluant le TDAH

Catégories comportements		Erreur standard	Wald	Exp(B)	Intervalle de confiance à 95 % pour Exp(B)	
MacCVI sévères					Borne inférieure	Borne supérieure
Peu de comportements agressifs	Constante	,401	,423			
	Présence de TPA	,224	24,358	3,014	1,945	4,671
	Âge du répondant	,009	7,938	,974	,957	,992
Nombreux comportements agressifs	Constante	,513	3,127			
	Présence de TPA	,295	59,774	9,817	5,502	17,516
	Âge du répondant	,012	10,927	,962	,940	,984

Variable retirée de l'équation car non significative : impulsivité

Discussion

La présente étude poursuivait l'objectif de vérifier la contribution du TDAH dans la prédiction des comportements violents chez des hommes incarcérés, en incluant les facteurs associés. Ce chapitre est consacré à la discussion des résultats afin de mieux comprendre le phénomène étudié.

L'hypothèse de recherche était que le TDAH contribue directement à la prédiction des comportements violents chez une population d'hommes incarcérés. Les résultats ne permettent pas de soutenir cette hypothèse; les résultats permettent seulement de parler d'une tendance de la variable TDAH à contribuer aux comportements violents sévères.

Pour tenter d'expliquer ces résultats, il est pertinent de s'intéresser, dans un premier temps, à la puissance statistique de l'étude. Avec plus de 560 participants à l'étude, la taille de l'échantillon utilisé est suffisamment grande pour permettre d'établir des liens statistiques significatifs. Les résultats ne permettent donc pas de s'expliquer par un problème de puissance statistique.

Il y a lieu aussi de s'intéresser au choix des instruments utilisés, soit le SCID, le BIS-II, le CAARS et le MacCVI. Ces instruments sont standards, grandement utilisés en recherche, reconnus dans la littérature scientifique et présentent une bonne fidélité. Le

CAARS utilisé est celui qui est adapté pour une population carcérale. L'écart des résultats avec l'hypothèse ne serait donc pas, à prime abord, lié aux instruments de mesures sélectionnés. Il y a lieu peut-être alors de se questionner sur la nature de la variable étudiée, le TDAH.

Le TDAH est un syndrome complexe à mesurer et à évaluer, tant du point de vue empirique que clinique. Si le TDAH est complexe, il va sans dire que son lien avec les comportements violents est difficile à cerner (Barker et al., 2011). Dans leur étude, Barker et ses collaborateurs avaient utilisé un échantillon de jeunes hommes montréalais connus comme étant hyperactifs et agressifs depuis l'âge de six ans, selon des questionnaires remplis par des parents, des enseignants et par les participants eux-mêmes. Au terme de leur étude, les auteurs affirment qu'ils n'ont pas été en mesure de comprendre la nature du lien entre le TDAH et les comportements violents. Ils suggèrent que l'ajout des variables psychologiques, c'est-à-dire des mécanismes régissant les conduites antisociales et violentes, permettraient de mieux comprendre le lien entre le TDAH et les comportements violents chez leur population. Avec l'échantillon de la présente étude, il est possible d'observer que le trouble de la personnalité antisociale prend la majorité des contingences associées aux comportements violents. Dans la population générale ou encore avec une population plus jeune, le lien du TDAH avec les comportements violents est vraisemblablement observé du fait qu'il y a une plus grande hétérogénéité des traits de personnalité. Or, dans un milieu carcéral, ce lien n'est pas perceptible. Chez les détenus, le trouble de la personnalité antisociale vient combler la

majorité des contingences associées aux comportements violents. Ainsi, la sélection des participants influence le lien entre le TDAH et les comportements violents.

Dans la présente étude, les outils utilisés ne permettent toutefois pas de cerner ces processus relatifs aux conduites antisociales et violentes chez les participants. Les outils choisis pour l'étude sont des outils comportementaux, comme c'est le cas dans la plupart des études consultées; le CAARS cerne davantage les aspects comportementaux associés au TDAH. Or, la définition du TDAH n'inclut pas seulement les aspects comportementaux; elle inclut aussi les aspects liés aux traits de la personnalité, ces traits étant plus difficiles à identifier. Plusieurs auteurs ont ajouté certaines variables psychologiques dans leur définition du trouble. Parmi ces variables, rappelons les difficultés au niveau de la gestion de la frustration et de la régulation émotionnelle, tout comme la gestion et l'autorégulation comportementales, le sentiment subjectif d'agitation, l'immaturité affective (Brown, 2000; Gottfredson & Hirschi, 1990; Guay et al., 2010). L'impulsivité, composante du TDAH, est également un trait de la personnalité, incluant les processus sous-jacents aux comportements impulsifs évoqués par Wishnie (1977), puis par Webster et Jackson (1997), difficile à mesurer. Certains outils, différents de ceux choisis pour cette étude, pourraient peut-être permettre de mieux cerner ces variables psychologiques, qui sont susceptibles de se manifester différemment selon les caractéristiques de l'échantillon à l'étude.

Quant aux variables comportementales, il est possible de penser que leur importance puisse être différente selon l'échantillon. En effet, les comportements pourraient ressortir davantage dans certains échantillons. Par exemple, chez une certaine population carcérale, il est probable que les comportements d'impulsivité et de violence prennent plus d'importance et soient plus facilement identifiables qu'en population générale.

Chaque échantillon présente des caractéristiques particulières et celui à l'étude n'en fait pas exception. Par exemple, les caractéristiques d'un échantillon pris au sein de la population générale diffèrent grandement de celles d'un échantillon issu d'une population carcérale. Ainsi, les caractéristiques du présent échantillon pourraient constituer une piste d'explication aux résultats obtenus. D'ailleurs, la plupart des études consultées suggérant un lien statistiquement significatif entre le TDAH et les comportements violents étaient effectuées auprès d'une population générale ou encore d'une population d'enfants (Loeber et al., 2005; Retz & Rösler, 2009; Satterfield et al., 2007; Vitaro & Brendgen, 2005). Dans la population générale, le TDAH est associé à d'autres diagnostics, notamment au trouble des conduites, au trouble de l'opposition, aux troubles anxieux, à l'abus et à la dépendance à l'alcool, aux troubles bipolaires ainsi qu'au trouble de la personnalité antisociale (Lecomte & Poissant, 2006). La présence de ces diagnostics comorbides dilue le lien spécifique entre le TDAH et les comportements violents.

Tel que mentionné, le TDAH est souvent associé au trouble des conduites. Or, même s'il y a une proportion importante de variance partagée par le trouble des conduites et le trouble de la personnalité antisociale (Sibley et al., 2011), il ne s'agit pas de tous les adolescents présentant un trouble des conduites qui poursuivront leurs conduites antisociales et développeront un trouble de la personnalité antisociale (Fréchette & Leblanc, 1987). Effectivement, tel qu'observé par Fréchette et Leblanc, les troubles de comportements diminuent grandement après 18 ans. Dans la présente étude, le trouble des conduites n'apporte rien à la prédiction des comportements violents. Cela justifie l'exclusion du trouble des conduites dans les analyses. Le fait que le trouble des conduites et le trouble de la personnalité antisociale soient fortement corrélés entre eux, dans l'échantillon, constitue une caractéristique particulière de ce dernier. Or, on peut penser que la contribution du trouble des conduites pourrait être présente dans une étude menée auprès de la population générale, puisqu'on y retrouve une faible prévalence du trouble de la personnalité antisociale. Cette contribution pourrait être encore davantage observée chez un échantillon d'enfant issu du milieu scolaire régulier.

Le pénitencier constitue vraisemblablement un milieu d'analyse particulier : une proportion importante de détenus présentent un trouble de la personnalité antisociale (Coid et al., 2006; Derefinko & Widiger, 2008; Robins, Tipp, & Przybeck, 1991). Tout comme en population générale, le diagnostic de TDAH chez une population carcérale se présente souvent en concomitance avec d'autres diagnostics. D'ailleurs, selon la perspective de Klein et ses collaborateurs (2012), le TDAH pourrait jouer un rôle dans le

développement de ce trouble de la personnalité chez les jeunes adultes, ce dernier augmentant fortement la probabilité de commettre des actes violents. Ces éléments appuient la pertinence du contrôle effectué sur le trouble de la personnalité antisociale, dans les analyses. Ces particularités de l'échantillon rendent toutefois difficile l'émergence d'un lien entre le TDAH et les comportements violents.

Par ailleurs, le fait que les détenus plus âgés commettent moins de comportements violents interroge. En effet, contrairement à ce qui était attendu, plus l'âge des participants augmente, plus le risque d'avoir commis des comportements violents sévères diminue. De manière générale, il y a une diminution des comportements antisociaux et de la violence à partir de 35 ans (Landreville & Laplante, 1995), au regard notamment du processus naturel de maturation (Ouimet & Leblanc, 1993). Cormier et al. (1959) parlent de point de saturation, signifiant que le criminel vient à se demander s'il peut obtenir de la satisfaction par une diminution de sa criminalité. Selon les études de Landreville et Laplante (1995) et de Landreville (2001), environ les deux tiers des personnes admises au pénitencier à 35 ans et plus le sont pour la première fois. Il y aurait d'ailleurs très peu de récidivistes qui entrent au pénitencier passé l'âge de 35 ans. En effet, la majorité des personnes de 35 ans et plus admises ne sont pas des délinquants de carrière et en sont, pour plusieurs, à leur première infraction. Dans la présente étude, les participants sont sélectionnés à leur entrée au pénitencier : l'âge des détenus de l'échantillon correspond donc à l'âge auquel ils sont incarcérés.

De plus, qu'il s'agisse de penser à l'abus d'alcool et de drogues, aux overdoses et aux activités criminelles aux cours desquelles ils peuvent être agressés, voire tués, l'espérance de vie des délinquants les plus impulsifs, ayant une faible maîtrise de soi et des conduites à risque, est souvent réduite. On peut également penser au fait que plusieurs vivent des symptômes dépressifs générant; des taux de suicide plus élevés sont observés chez cette population (Bobadilla et al., 2012; Coid et al., 2006; Derefinko & Widiger, 2008). Ainsi, en plus de la fin de la carrière criminelle après 35 ans, le rythme de vie à risque des jeunes criminels contribue au fait qu'ils sont moins susceptibles d'être représentés ultérieurement chez les détenus plus âgés.

Forces et limites de l'étude

La taille de l'échantillon constitue une force de l'étude, puisqu'elle permet une puissance statistique suffisante pour l'interprétation des résultats. Celle-ci rend possible la généralisation des résultats à d'autres populations de détenus en pénitencier. Sur les plans de la fidélité et de la consistance interne des instruments utilisés, celles-ci sont presque parfaites. Ces instruments possèdent des qualités psychométriques certaines. La méthodologie des instruments et les stratégies d'analyse utilisées dans l'étude permettent de cerner la force des prédictions entre les variables. De plus, les analyses de régression logistique choisies sont des stratégies linéaires rigoureuses assurant un contrôle des variables. Les auteurs suggérant un lien significatif entre le TDAH et les comportements violents ont eux aussi utilisé les analyses de régression logistique (Loeber et al., 2005; Retz & Rösler, 2009; Satterfield et al., 2007; Vitaro & Brendgen, 2005). Par contre, dans

les études consultées, le trouble de la personnalité antisociale n'était pas contrôlé, cela a rendu impossible de départager la prédiction appartenant à ce trouble de celle appartenant au TDAH. En effet, le contrôle effectué sur le trouble de la personnalité antisociale constitue une approche originale par rapport aux autres études consultées (Loeber et al., 2005; Retz & Rösler, 2009; Satterfield et al., 2007; Vitaro & Brendgen, 2005). De plus, dans ces études, les variables dépendantes étaient différentes de celles de la présente étude : il n'y avait pas de distinctions claires entre les comportements antisociaux de manière générale et les comportements violents.

L'étude présente aussi des limites. D'abord, il n'était pas possible d'avoir accès aux processus sous-jacents ou aux motivations à la base des comportements violents, selon les données disponibles. Si ces données avaient été accessibles, une distinction entre la violence réactive et la violence instrumentale ou active aurait pu être faite et aurait été pertinente. Avec ces informations, il aurait été davantage possible de cerner le lien entre le TDAH et les comportements violents, ainsi que le lien entre ceux-ci et le trouble de la personnalité antisociale. Celles-ci permettraient d'expliquer comment les participants présentant un TDAH ou un trouble de la personnalité antisociale en sont venus à commettre des comportements violents. Ces processus sous-jacents ont d'ailleurs été mesurées dans plusieurs études consultées (Bobadilla et al., 2012; Derefinko & Widiger, 2008; Miller et al., 2003; Retz & Rösler, 2009; Vitaro & Brendgen, 2005).

Ensuite, malgré la qualité des instruments utilisés, certaines nuances devraient être apportées pour la compréhension du TDAH. Ce dernier est un syndrome complexe résidant dans un mode d'organisation de traits de personnalité et de comportements. Dans la plupart des études consultées, l'évaluation du TDAH était basée sur des manifestations comportementales, vérifiées selon les critères du DSM à l'aide de questionnaires (CAARS, BRIEF, DISC) (Barker et al., 2011; Lundström et al., 2014; Mannuzza et al., 2008; Satterfield et al., 2007). Cela est également vrai pour l'évaluation de l'impulsivité (Monahan et al., 2001). Or, la définition du TDAH n'inclut pas seulement les aspects comportementaux; elle inclut aussi les aspects liés aux traits de la personnalité, ces traits étant plus difficiles à identifier. Plusieurs auteurs ont ajouté certaines variables psychologiques dans leur définition du trouble. Parmi ces variables, rappelons les difficultés au niveau de la gestion de la frustration et de la régulation émotionnelle, tout comme la gestion et l'autorégulation comportementales, le sentiment subjectif d'agitation, l'immaturité affective (Brown, 2000; Gottfredson & Hirschi, 1990; Guay et al., 2010).

Perspectives futures

Dans le cadre d'une recherche future, il pourrait être intéressant de revoir la définition du TDAH ainsi que la mesure de ce trouble. Il pourrait être pertinent de s'intéresser à certains outils permettant de cerner les variables psychologiques, qui sont susceptibles de se manifester différemment selon les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. Or, dépendamment des auteurs dans le domaine, au regard de leur approche

théorique, psychodynamique ou cognitive-comportementale, les traits de personnalité ou les aspects comportementaux seront différemment privilégiés. De nouvelles stratégies d'évaluation et d'analyse pourraient aussi constituer des avenues de recherche à explorer.

De plus, des stratégies d'analyses centrées sur l'individu pourraient permettre de distinguer des sous-groupes au sein de l'échantillon, selon les caractéristiques des participants. Les analyses de correspondances multiples pourraient répondre à cet objectif et constituer un choix d'analyses intéressant. Poursuivre la présente étude avec ces nouvelles analyses dépasserait le cadre prévu pour un essai. Toutefois, leur pertinence est indéniable. Les analyses de correspondances multiples demeurent des analyses quantitatives mais fournissent des profils qui se distinguent de la moyenne des caractéristiques de l'échantillon. Ce type d'analyses révèle des tendances de sous-groupes d'individus. Cette stratégie permettrait d'apporter des nuances qu'il n'était pas possible de saisir avec les analyses de régression logistique. Dans leur étude sur les liens entre la schizophrénie et les comportements violents, Joyal et ses collaborateurs (2011) ont procédé par l'analyse des sous-groupes. Les variables de l'étude joueraient des rôles distincts en fonction des profils distincts de personnes schizophrènes ayant commis des actes violents. Il s'agit alors d'une approche orientée vers les personnes plutôt que centrée sur les variables (Côté & Pham, 2000; Joyal et al., 2011; Magnusson, 1998). L'adoption de cette stratégie permettrait d'observer l'agencement des variables à l'étude avec d'autres variables, dans l'analyse des profils. Ainsi, il serait peut-être possible

d'établir alors les distinctions entre les participants présentant un TDAH et les participants ne présentant pas de TDAH.

Une autre avenue de recherche serait d'étendre l'échantillon à la population générale afin d'apporter un complément et un point de comparaison au regard de la population carcérale. Pour comprendre plus précisément le lien unissant les variables à l'étude, l'analyse des distinctions et des similitudes existant entre les participants de l'échantillon et ceux d'un échantillon différent (issue de la population générale ou d'un autre milieu carcéral) serait une avenue intéressante. Le schème corrélationnel utilisé dans cette étude pourrait ainsi devenir un schème quasi-expérimental, en comparant les résultats obtenus auprès d'hommes présentant des similarités mais qui sont issus de milieux différents. En effet, l'utilisation d'un seul échantillon n'a pas permis de saisir toutes les nuances du TDAH dans son lien avec les comportements violents, considérant que l'échantillon était trop marqué par la personnalité antisociale. Conséquemment, l'adoption d'un schème de recherche quasi-expérimental pourrait amener des nuances intéressantes.

Conclusion

Le lien entre le TDAH et les comportements violents est complexe. Les caractéristiques particulières de l'échantillon ajoutent à la difficulté de saisir le lien entre ces deux variables. En effet, il est possible de penser que le fait d'avoir choisi uniquement des détenus ne permet peut-être pas de faire ressortir ce lien, alors que c'est le cas en population générale.

Les résultats de l'étude au niveau de la moindre proportion de comportements violents chez les détenus plus âgés confirment la diminution de la carrière criminelle au-delà d'un certain âge. Ainsi, dans l'exploration de la relation entre le TDAH et les comportements violents, les stratégies de sélection des participants de l'échantillon jouent un rôle crucial. Celles-ci influencent grandement la portée des résultats.

Afin d'améliorer la compréhension du TDAH et de ses liens avec les comportements violents, des analyses plus complexes, notamment l'étude des profils, pourraient être envisagées. En effet, de telles analyses centrées sur les individus et leurs caractéristiques

pourraient permettre de cerner des nuances quant au sens que prend le comportement violent. Cela ouvre la voie à l'interprétation des processus psychologiques qui qualifient les comportements et, ainsi, donner lieu à une meilleure compréhension du TDAH relativement aux comportements violents.

Références

- Abramowitz, C. S., Kosson, D. S., & Seidenberg, M. (2004). The relationship between childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder and conduct problems and adult psychopathy in male inmates. *Personality and Individual Differences*, 36, 1031-1047. doi:10.1016/S0191-8869(03)00198-3
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*, version française. Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association, (2003). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., texte révisé. Paris, FR : Auteur.
- Audy-Dubé, C. & Côté, G. (2012, Mars). *Impulsivité et comportements violents chez des patients atteints de troubles mentaux graves*. Affiche présentée au 34^e congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke, QC.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago, IL: University of Chicago.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness substrates: Arousal and information processing. Dans J. T. Spence & C. E. Izard (Éds.), *Motivation, emotion and personality* (pp. 137-146). North-Holland: Elsevier Science Publishers.
- Barratt, E. S., & Slaughter, L. (1998). Defining, measuring, and predicting impulsive aggression: A heuristic model. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 285-302.
- Barker, E. D., Temblay, R. E., van Lier, P. A. C., Vitaro, F., Nagin, D. S. Assaad, J.-M. et al. (2011). The neurocognition of conduct disorder behaviors: Specificity to physical aggression and theft after controlling for ADHD symptoms. *Aggressive Behavior*, 37, 63-72.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*, New York: Guilford.
- Barkley R.A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.

- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., & Burbach, M. (2001). Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four-year prospective study of an ADHD sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 290-298.
- Bland, R. C., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(Suppl 338), 24-32. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb08544.
- Bobadilla, L., Wampler, M., & Taylor, J. (2012). Proactive and reactive aggression are associated with different physiological and personality profiles. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 458-487. doi:10.1521/jscp.2012.31.5.458
- Bossé, M., & Le Blanc, M. (1980), *La délinquance officielle des anciens de Boscoville, six ans après le début de la recherche*, Université de Montréal : Groupe de recherche sur l'inadaptation juvénile.
- Brown, T. E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and adults*. Washington, D. C. : American Psychiatric Press.
- Buitelaar, N. L., Ferdinand, R. F., Posthumus, J. A., & Buitelaar, J. K. (2016). Screening for ADHD among offenders of intimate partner violence. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 15, 256-264. doi:10.1080/14999013.2016.1160962
- Burt, S. A., & Mikolajewski, A. J. (2008). Preliminary evidence that specific candidate genes are associated with adolescent-onset antisocial behavior. *Aggressive Behavior*, 34, 437-445. doi:10.1002/ab.20251
- Carroll, A., Hemingway, F., Bower, J., Ashman, A., Houghton, S., & Durkin, K. (2006). Impulsivity in juvenile delinquency: Differences among early-onset, late-onset, and non-offenders. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 519-529.
- Castellanos-Ryan, N., Struve, M., Whelan, R., Banaschewski, T., Barker, G. J., Bokde, A. W., & ... Conrod, P. J. (2014). Neural and cognitive correlates of the common and specific variance across externalizing problems in young adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1310-1319. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13111499
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Conners, K. (2004). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS): For use in correctional settings*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Côté, G. & Crocker, A. (2010). Troubles mentaux et comportements violents : de la dangerosité à l'évaluation et à la gestion du risque. Dans M. Le Blanc & M. Cusson (Éds), *Traité de criminologie empirique : 4^e édition* (pp. 237-267). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders: A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.
- Côté, G., & Pham, T. H. (2000). État des connaissances sur la psychopathie : mise en perspective critique. Dans T.H Pham & G. Côté (Eds.), *Psychopathie : Théorie et recherche* (pp. 205-233). Paris : Presses Universitaires du Septentrion.
- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 673-683.
- Dassylva, J.-F. (2012). *L'impulsivité et sa mesure dans le cadre de l'étude des comportements violents*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Derefinko, K. J., & Widiger, T.A. (2008). Antisocial Personality Disorder. Dans S.H. Fatemi & P.J. Clayton (eds.), *The Medical Basis of Psychiatry* (pp. 213-226). Totowa, NJ : Humana Press.
- Derefinko, K., DeWall, C., Metze, A. V., Walsh, E. C., & Lynam, D. R. (2011). Do different facets of impulsivity predict different types of aggression? *Aggressive Behavior*, 37, 223-233. doi:10.1002/ab.20387
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Eley, T. C., Lichtenstein, P., & Moffitt, T. E. (2003). A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 15, 383-402. doi:10.1017/S095457940300021X
- Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A., & Monuteaux, M. C. (2000). Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 830-842. doi:10.1037/0022-006X.68.5.830
- Farrington, D. P., & Hawkins, J. D. (1991). Predicting participation, early onset, and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 1-33.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fréchette, M. & Le Blanc, M. (1987) *Délinquances et délinquants*. Chicoutimi : Gaëtan Morin éditeur.
- Fréchette, M. & Le Blanc, M. (1979) *La délinquance cachée à l'adolescence, cahier I, Inadaptation juvénile*. Université de Montréal : Groupe de recherche sur l'inadaptation juvénile.
- Fritz, M., Wiklund, G., Koposov, R. A., af Klinteberg, B., & Ruchkin, V. V. (2008). Psychopathy and violence in juvenile delinquents: What are the associated factors?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 272-279. doi:10.1016/j.ijlp.2008.04.010
- Gottfredson, M. R. & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Standord: Californie. Stanford University Press.
- Guy, L. S., Douglas, K. S., & Hart, S. D. (2015). Risk assessment and communication. Dans B. L. Cutler, P. A. Zapf, B. L. Cutler, P. A. Zapf (Eds.), *APA handbook of forensic psychology, Vol. 1: Individual and situational influences in criminal and civil contexts* (pp. 35-86). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/14461-003
- Guay, M.-C., Lageix, P., & Parent, V. (2010). Proposition d'une démarche évaluative du TDAH . Dans N. Chevalier, M.-C. Guay, A. Achim, P. Lageix & H. Poissant (Éds.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. (pp. 3-16). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) 2nd edition: technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hirschi, T. (1969; 2002; 2009), *Cause of Delinquency*. NJ: Transaction Publishers.

- Johansson, P., Kerr, M., & Andershed, H. (2005). Linking Adult Psychopathy with Childhood Hyperactivity-Impulsivity-Attention Problems and Conduct Problems Through Retrospective Self-reports. *Journal of Personality Disorders*, 19, 94-101. doi:10.1521/pedi.19.1.94.62183
- Joyal, C. C., Côté, G., Meloche, J., & Hodgins, S. (2011). Severe mental illness and aggressive behavior: On the importance of considering subgroups. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 107-117. doi:10.1080/14999013.2011.577136
- Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti M. A. R., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., & Castellanos, F. X. (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 69, 1295-1303. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.271
- Komarovskaya, I., Loper, A., & Warren, J. (2007). The role of impulsivity in antisocial and violent behavior and personality disorders among incarcerated women. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1499-1515. doi:10.1177/0093854807306354
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J. D., & Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder of boys' delinquent group membership and facilitation of violent behaviors during adolescence. *Development and Psychopathology*, 15, 183-197.
- Landreville, P. (2001). Le vieillissement de la population pénitentiaire du Québec: réflexions à propos des théories et des paradigmes en criminologie: Les formes de la pénalité contemporaine: enjeux sociaux et politiques. *Sociologie et sociétés*, 33, 53-66.
- Landreville, P., & Laplante, P. (1995). Le vieillissement de la population pénitentiaire du Québec. *Déviance et société*, 19, 237-254.
- Le Blanc, M. (2010). La conduite déviante des adolescents : son développement et ses causes. Dans M. Le Blanc & M. Cusson (Éds), *Traité de criminologie empirique : 4^{ième} édition* (pp. 237-267). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lecomte, S., & Poissant, H. (2006). Facteurs de risque du TDAH. Dans N. Chevalier, M.-C. Guay, A. Achim, P. Lageix & H. Poissant (Éds.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. (pp. 17-36), Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Le Corff, Y., & Toupin, J. (2014). Overt versus Covert conduct disorder symptoms and the prospective prediction of antisocial personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28, 864-872.

- Lilienfeld, S. O., & Waldman, I. D. (1990). The relationship between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behaviour re-examined: The problem of heterogeneity. *Clinical Psychology Review*, 10, 699-725.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 1-41. doi:10.1016/0272-7358(90)90105-J
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., & White, H. R. (2008). *Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood*. New York: Routledge.
- Loeber, R., Homish, D. L., Wei, E. H., Pardini, D., Crawford, A. M., Farrington, D. P., ..., & Rosenfeld, R. (2005). The prediction of violence and homicide in young males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1074-1088. 1088. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1074
- Lundström, S., Forsman, M., Larsson, H., Kerekes, N., Serlachius, E., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2014). Childhood neurodevelopmental disorders and violent criminality: A sibling control study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2707-2716. doi:10.1007/s10803-013-1873-0
- Lynam, D. R. (1996). The early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 209-234.
- Lynam, D.R., & Miller, J.D. (2004). Personality Pathways to Impulsive Behavior and Their Relations to Deviance: Results from Three Samples. *Journal of Quantitative Criminology*, 20, 319-341.
- Lynam, D. R., Miller, D. J., Vachon, D., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2009). Psychopathy in adolescence predicts official reports of offending in adulthood. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 7, 189-207. doi:10.1177/1541204009333797
- Magnusson, D. (1998). The Logic and Implications of a Person-Oriented Approach. Dans R. B., Cairns, L. R. Bergman, & J. Kagan (Éds.), *Methods and Models for Studying the Individual*. 33-64.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L., 3rd. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160, 237-246. doi: 10.1016/j.psychres.2007.11.003
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and

- psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
doi:10.1001/archpsyc.1993.01820190067007
- Mathieu, C., & Côté, G. (2009). A modelization of difference between early-and late-starter French-Canadian offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 25-32.
- Miller, J. D., Lynam, D., & Leukefel, C. (2003). Examining antisocial behavior through the lens of the Five Factor Model of Personality. *Aggressive Behavior*, 29, 497-514.
- Miller, J., Flory, K., Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003). A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Personality and Individual Differences*, 34, 1403-1418.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-275.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, J.H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Moran, P. (1999). The epidemiology of Antisocial personality disorder. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 231-242.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 633-642.
- Nadder, T. S., Rutter, M., Silberg, J. L., Maes, H. H., & Eaves, L. J. (2002). Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional-defiant disorder/conduct disorder (ODD/CD) symptomatologies across informant and occasion of measurement. *Psychological Medicine*, 32(1), 39-53.
- Ouimet, M., & Leblanc, M. (1993). Événements de vie et continuation de la carrière criminelle au cours de la jeunesse. *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 46(3), 321-344.

- Ogloff, J.R.P. (2006). Psychopathy/Antisocial Personality disorder Conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 519-528.
- Offord, D. R., Lipman, E. L., & Duku, E. K. (2001). Epidemiology of problem behavior up to age 12 years. Dans R. Loeber, D. P. Farrington (Éds.), *Child delinquents : Development, intervention, and service needs*. Thousand Oaks, California : Sage.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Resnick, R. J. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults : They don't all outgrow it. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 529-533.
- Retz, W., & Rösler, M. (2009). The relation of ADHD and violent aggression: What can we learn from epidemiological and genetic studies? *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 235-243. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.04.006
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Oxford, England: Williams & Wilkins.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Robins, L. N., Tipp, J., & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. *Psychiatric disorders in America*, 258-290.
- Romero, E., Luengo, M. A., & Sobral, J. (2001). Personality and antisocial behavior: Study of temperamental dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 329-348.
- Satterfield, J. H., Faller, K. J., Crinella, F. M., Schell, A. M., Swanson, J. M., & Homer, L. D. (2007). A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: Adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 601-610.
- Schachar, R., Mota, V. L., Logan, G. D., Tannock, R., & Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 227-235.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127. doi:10.1192/bjp.184.2.118
- Skeem, J. L., Miller, J. D., Mulvey, E., Tiemann, J., & Monahan, J. (2005). Using a Five-Factor Lens to Explore the Relation Between Personality Traits and Violence in

- Psychiatric Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 454-465. doi:10.1037/0022-006X.73.3.454
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash, R. A. Barkley, E. J. Mash, R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders, 3rd ed* (pp. 65-136). New York, NY, US: Guilford Press.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., & ... Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 371-377. doi:10.1007/s00406-007-0712-8
- Standford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale : An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 385-395. doi: 10.1016/j.paid.2009.04.008
- Ullrich, S. & Marneros, A. (2004). Dimensions of Personality disorders in offenders. *Criminal Behaviours and Mental Health*, 14, 202-213.
- Usher, A., Stewart, L., Wilton, G., & Malek, A. (2010). *Profil et résultats des délinquants souffrant de TDAH* (Rapport No. R-226). Rapport de recherche adressé au Service correctionnel Canada, Ottawa, ON.
- Vitaro, F., & Brendgen, M. (2005). Proactive and reactive aggression : A developmental perspective. Dans R. Tremblay, W. Hartup, & J. Archer (Éds), *Developmental Origins of Agression* (pp. 179-201). New York : Guilford.
- Webster, C.D., & Jackson, M.A. (1997). *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. New York, NY: Guilford.
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 1-16.
- Wishnie, H. (1977). *The impulsive personality*. NY : Plenum.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine*, 45, 247-258. doi:10.1017/S0033291714000762

Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., & González, R. A. (2015). Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45, 2499-2510. doi:10.1017/S0033291715000598